COMPTE RENDU DES FORUMS DES COMITES DE L'AFU

Le congrès de l'AFU est pour les urologues français et francophones l'occasion renouvelée de rencontres et d'échanges professionnels et l'un des moyens d'actualiser leurs connaissances ; la fréquentation du congrès 2001 en témoigne avec 1436 urologues présents dont 244 étrangers.

Les forums sont particulièrement suivis ; ils sont le reflet de l' important travail effectué tout au long de l'année par les comités scientifiques et groupes de réflexion de l'AFU ; les informations pratiques, mises à jour et recommandations, qui sont délivrées lors de ces séances, expliquent l'audience et la réactivité qu' elles suscitent.

Pour ce numéro spécial congrès, le comité rédactionnel de Progrès FMC a couvert les Forums qui pour la plupart n'ont pas fait l'objet de résumés publiés ; il a ainsi sélectionné à votre intention les informations qui lui semblent utiles à votre connaissance et à votre pratique ■

Dr Jean Luc Moreau

SOMMAIRE

COMITE D'UROLOGIE ET DE PÉRINÉOLOGIE DE LA FEMME :

CYSTOCÈLES ET BANDELETTES SOUS URETHRALES 19

MEMBRES : ANTIPHON Patrick, BALLANGER Philippe, BLANC François, BOCCON-GIBOD Laurent, CASANOVA Jean-Michel, COLOMBEAU Pierre, CONQUY Sophie, CORTESSE Ariane, COSTA Pierre, COUR Florence, DELMAS Vincent, DUBERNARD Pierre, **HAAB François Responsable,** HERMIEU Jean-François, JACQUETIN Bernard,LAPRAY J.F., LE GUILLOU Michel, LE NORMAND Loïc, LERICHE Béatrice, MANDRON Eric, MAUROY Brigitte, RICHARD François

COMITE D'INFECTIOLOGIE : *INFECTIONS NOSOCOMIALES, PROSTATIQUE CHRONIQUE, ANTIBIOPROPHYLAXIE ET DÉSINFECTION DU MATERIEL* 20

MEMBRES : ALLEGRE Jean-Paul , BENOIT Jean-Michel, **BOTTO Henry Responsable** - BUTREAU-LEMAIRE Martine, CARIOU Gérard, CARON François , COLOBY Patrick, DELAVIERRE Dominique, DUVAL François, ELKHARRAT David, GIROU LOBEL Bernard, MICHEL Frédéric, MIGNARD Jean-Pierre, MOMBET Annick, MOTTET Nicolas, ORFILA Jeanne SALE Jean-Michel, SOTTO Albert, SOUSSY Claude-James , VEYSSIER Pierre

COMITE DE TRANSPLANTATION : *LÉSIONS RÉNALES LORS DES PRÉLÈVEMENTS MULTI-ORGANES* 21

ABBOU Claude Clement,ABDEL-HAMID Samer, BADET Lionel, BARROU Benoit Responsable, BENOIT Gérard BENSADOUN Henri, BITKER Marc-Olivier, BLANCHET Pascal, BOUTIN Jean-Michel, COLOBY Patrick, COLOMBEL Marc, CORMIER Luc, DAWAHRA Marwan, DECAVEL Olivier, DEVEVEY Jean-Marc, ESCHWEGE Pascal, HERVÉ Jean-Marie, HUBERT Jacques, IBORRA François, JANIN Patrick KARAM Georges, LECHEVALLIER Eric, MALAVAUD Bernard, MARTIN Xavier, PATARD Jean-Jacques, PETIT Jacques, SALOMON Laurent, **SCHNEIDER Marc**

N°4 Decembre 2001

COMITE D'UROLOGIE PÉDIATRIQUE : *HYPOSPADIAS BALANO-PREPUTIAL ET URÉTÉROCÈLE* 22

MEMBRES : ALESSANDRINI Pierre, AUBERT Didier, AUDRY Georges, **AVEROUS Michel Responsable -** BEURTON Daniel, BISERTE Jacques, BOILLOT Bernard, COLOBY Patrick, DAOU Nabil, DODAT Hubert, DORE Bertrand, FONTAINE Eric, FRETIN Jean, LOTTMANN Henri, MOSCOVICI Jacques, MOURIQUAND Pierre, SORET Raphaël VAN KOTE Gilbert , VILLAMIZAR Jorge

COMITE DE CANCEROLOGIE : *TUMEURS RADIO ET CHIMIO-INDUITES* 23

COLOMBEL Marc, CORNUD François, **COULANGE Christian Responsable**, CULINE Stéphane, DAVIN Jean-Louis, DE FROMONT Marc DESCOTES Jean-Luc, DOUBLET Jean-Dominique, FENDLER Jean-Philippe, FONTAINE Eric, GUY Laurent, HELENON Olivier, HENNEQUIN, Christophe HOFFMANN, Patrice HOULGATTE Alain, IBORRA François, IRANI Jacques, KOURI Georges, LEBRET Thierry, LESOURD Agnès, MAIDENBERG Marc, MARTIN Brigitte, MAZEROLLE Catherine, MEJEAN Arnaud, MERRAN Samuel, MICHEL Frédéric, MOLINIE Vincent, MOTTET Nicolas, NEGRIER Sylvie, PARIENTE Jean-Louis, PENEAU Michel, PETIT Michel, PFISTER Christian, PIECHAUD Thierry, RAVERY Vincent, REBILLARD Xavier, RICHAUD Pierre, RISCHMANN Pascal ROSSI Dominique, RUFFION Alain, SOULIE Michel, STAERMAN Frédéric, THEODORE Christine,VALERI Antoine, VILLERS Arnauld

COMITE DES TROUBLES MICTIONNELS DE L'HOMME : *TRAITEMENT DES STÉNOSES DE L'URÈTHRE* 24

AVEROUS Michel, BRAUN Richard, BRON Jacques, CIOFU Calin, CONQUY Sophie, CUZIN Béatrice DADOUN Denis, DELMAS Vincent, **DESGRANDCHAMPS François Responsable**, DEVONEC Marian FRETIN Jean, HAILLOT Olivier, IRANI Jacques, KIRSCH-NOIR Frédérique, LUKACS Bertrand, PARIENTE Jean-Louis, RAVERY Vincent, SAUSSINE Christian

COMITE DE TERMINOLOGIE ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION : *CODAGE EN ONCO-UROLOGIE, BASAFU* 27

BENSADOUN Henri, COLOBY Patrick, CORTESSE Ariane, DOUBLET Jean-Dominique, HADJADJ Haider, HOZNEK Andras, MIRO Olivier, REBILLARD Xavier RICHARD François, **LUKACS Bertrand Responsable**

COMITE DE NEURO-UROLOGIE : *TROUBLES URINAIRES AU COURS DES SCIATIQUES, NEUROSTIMULATION DE BRINDLEY* 29

MEMBRES : AMARENCO Gérard, BEURTON Daniel, BLADOU Franck, **CHARTIER-KASTLER Emmanuel Responsable** CHARVIER Katleen, DENIS Pierre, FONTAINE Eric, GIULIANO François, LABAT Jean-Jacques, LERICHE Albert, LEROI Anne-Marie, SCHEIDER-NOGUEIRA, Maria-Carmelita

FORUM DE CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE : *RISQUE ONCOLOGIQUE EN LAPAROSCOPIE* 31

COMITE D'ANDROLOGIE 32

MEMBRES : DUMAS Jean-Philippe, GIULIANO François, HERMABESSIERE Jean, IZARD Vincent, JARDIN Alain KIRSCH-NOIR Frédérique , LE GUILLOU Michel, LERICHE Albert, MICHEL Frédéric, PARIENTE Jean-Louis, PETIT Jacques, PLANTE Pierre, **RIGOT Jean-Marc, Responsable** ROSSI Dominique, SCHOUMAN Michel, SIBERT Louis, STAERMAN Frédéric, THIOUNN Nicolas, WAGNER Laurent

N°4 Decembre 2001

COMITE D'UROLOGIE ET DE PÉRINÉOLOGIE DE LA FEMME

Compte rendu réalisé par : François Haab

Le forum du Comité d'urologie et de périnéologie de la femme a été consacré cette année au traitement des cystocèles et aux résultats des bandelettes sous uréthrales alloplastiques.

1. LE TRAITEMENT DES CYSTOCÈLES

Lorsque l'indication opératoire est retenue, deux options chirurgicales sont classiquement discutées pour traiter une cystocèle : la voie haute ou trans abdominale avec réalisation d'une promontofixation vaginale réalisée par voie chirurgicale conventionnelle ou coelioscopique ou la voie vaginale. Classiquement, la voie abdominale est réputée meilleure à long terme que la voie endovaginale mais avec une morbidité periopératoire supérieure. Deux questions ont été débattues : quel est l'apport de la coelioscopie pour la promontofixation ? Quelle est la place actuelle des matériaux synthétiques mis en place par voie endo vaginale ?

La plupart des séries publiées confirment l'intérêt de la voie coelioscopique pour la promontofixation avec des résultats fonctionnels équivalents à ceux observés en cas de traitement par chirurgie conventionnelle. Par ailleurs la voie coelioscopique permet un meilleur positionnement de la bandelette postérieure en cas de colpocele postérieure associée permettant la réalisation d'une véritable myorraphie haute. Les inconvénients potentiels de la coelioscopie sont l'allongement des durées opératoires, la difficulté de réaliser une hystérectomie dans le même temps lorsque celle-ci est indiquée, et dans les cas de prolapsus extériorisé la plus grande difficulté pour régler la tension de la bandelette, un simple positionnement comme cela est préconisé en chirurgie conventionnelle étant le plus souvent insuffisant.

Plusieurs matériaux synthétiques ou hétérologues ont été proposés pour traiter les cystocèles par voie endovaginale. Le polypropylene est le matériel le plus fréquemment utilisé lorsque le choix se fait pour un composé synthétique non résorbable. Le Vipro semi résorbable représente une alternative aux matériaux non résorbables. Enfin, plusieurs produits à base de collagène synthétique ou de sous muqueuse intestinale ont également été évalués dans cette indication. Actuellement plusieurs problèmes ne sont pas résolus. Tout d'abord concernant la technique chirurgicale, si la plupart des auteurs recommandent de fixer ces plaques à l'arc tendineux cette solution ne fait pas l'unanimité. Tous les matériaux quels qu'ils soient sont à l'origine d'érosions endovaginales avec une fréquence estimée dans les différentes séries entre 5 et 10%.

En conclusion de la table ronde sur les cystocèles, il était retenu que la coelioscopie était une voie d'abord utile pour la réalisation des promontofixations avec des limites notamment en cas d'hystérectomie simultanée ou de prolapsus extériorisé. Les biomatériaux représentent certainement un progrès pour la voie endovaginale mais avec une place exacte qui reste à définir en raison des complications locales possibles.

2. TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'EFFORT PAR BANDELETTE SYNTHÉTIQUE

Le forum du CUROFP a été l'occasion d'une rencontre entre les industriels et les urologues. Les fabricants de toutes les bandelettes actuellement disponibles étaient conviés à cette table ronde : TVT – Gynecare, IVS-Tyco, SPARC-AMS, Uretex-SOFRADIM, Uratape-Porges. Toutes ces bandelettes sont positionnées sous l'urèthre avec des ancillaires sensiblement différents, la technique Uratape-Porges étant à considérer à part compte tenu d'un mode original de positionnement effectué au travers des trous obturateurs. L'analyse de la littérature fait apparaître environ 60 publications de valeurs inégales concernant la bandelette TVT gynecare. En revanche, peu d'informations sont actuellement disponibles concernant les autres techniques : étude en cours pour SPARC et Uretex, une publication pour uratape. Les principales caractéristiques des techniques proposées sont rappelées dans le tableau ci-joint ■

	Fabricant	Matériaux	Structure	Voie d'abord	Position
TVT	Gynecare	Polypropylène	Monofilament	De bas en haut	Rétropubienne
SPARC	AMS	Polypropylène	Monofilament	De bas en haut ou de haut en bas	Rétropubienne
IVS	Tyco	Polypropylène	Multifilament	De bas en haut	Rétropubienne
URETEX	Sofradim	Polypropylène	Monofilaments	De bas en haut ou de haut en bas	Rétropubienne
URATAPE	Porges	Polypropylène Silicone	Multifilaments	Transobturatrice	Périnéale

Compte rendu réalisé par : J.P. Mignard

SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le décret du 26 juillet 2001 oblige maintenant à signaler aux autorités sanitaires les infections nosocomiales nécessitant une intervention extérieure ou ayant un impact en terme de santé publique ou encore ayant un caractère rare ou particulièrement grave

Ceci implique de mettre en place une organisation interne d'identification et de signalement

En fait la rédaction du décret est suffisamment ambigue pour devoir signaler toutes les infections nosocomiales ce qui est en pratique impossible

Un nouveau décret est en préparation pour tempérer le texte actuel

Dans l'attente la proposition est de limiter les déclarations à

- Maladies à déclaration obligatoire nosocomiales (légionelloses, infection à VHB, Maladie de Creuztfeld Jacob etc..).
- Infections nosocomiales dues à des bactéries à profil de résistance particulier
- Infections nosocomiales rares (xenopi à localisation inhabituelle par ex)
- Infection nosocomiales liées à un matériel mal désinfecté pouvant exposer d'autres patients
- Aspergilloses nosocomiales
- Décès liés à une infection nosocomiale

PROSTATITE CHRONIQUE

Rien de nouveau dans cette pathologie mal connue et un peu fourre tout De nombreuses études sont en cours démembrant ce syndrome en ce qui revient véritablement à la prostate et ce qui est douleur pelvienne chronique.

PROPHYLAXIE ANTIBIOTIQUE DANS LA PROSTATECTOMIE TOTALE

Une étude de l'institut Montsouris a comparé les résultats de la prostatectomie par célioscopie avec et sans antibioprophylaxie. Cette présentation est d'autant plus intéressante que le risque infectieux de la prostatectomie n'est pas connu

Les résultats ne montrent aucune différence entre les deux groupes sur la fréquence de survenue d'infection. Par contre lorsqu'il existe une infection urinaire, on retrouve surtout des germes gram négatif dans le groupe sans prophylaxie et gram positif dans le groupe avec prophylaxie

La conclusion est que la prophylaxie antibiotique n'est pas nécessaire dans cette chirurgie

LA CIRCULAIRE 138 CONCERNANT LA DESINFECTION ET LA STERILISATION DU MATERIEL

Cette circulaire de mars 2001 décrit les procédures qui doivent maintenant être appliquées en raison de l'émergence d'un nouveau risque : le nouveau variant de la MJC c'est à dire la transmission à l'homme de la maladie de la vache folle

Un résumé sur les connaissances actuelles sur le prion, lors de ce forum, permet de situer le problème et de bien comprendre l'esprit de la circulaire. L'urologie qui jusqu'alors était peut concernée par ce risque le devient car le tissu lymphoïde est considéré comme à risque. Ainsi des précautions particulières sont à prendre pour les curages ganglionnaires ou les biopsies prostatiques transrectales par exemple

Pour ce qui concerne l'urologie trois grands messages sont à retenir

Il faut dépister systématiquement par l'interrogatoire les patients à risques (antécédents familiaux, injection d'hormone de croissance, intervention sur le SNC …) et ceci doit se retrouver dans le dossier médical

Il faut choisir lorsque cela est possible le matériel à usage unique. A défaut il faut choisir le procédé de stérilisation ou de désinfection donnant le plus haut niveau de sécurité

Pour la désinfection du matériel thermosensible le glutaraldéhyde (qui fixe l'infectiosité du prion) doit être abandonné au profit de l'acide per- acétique ■

CONCLUSION

En guise de conclusion il est rappelé que la notion d'infection urinaire est en pleine évolution .Une conférence de consensus sur les infections urinaires nosocomiales, organisée conjointement par l'AFU et la société d'infectiologie (SPILF) aura lieu en 2002 visant à définir de nouveaux concepts sur l'infection urinaire nosocomiale Dans cet esprit une étude a été initiée par le CIAFU sur l'histoire naturelle de « l'infection » après résection endoscopique de prostate

COMITE DE TRANSPLANTATION

N°4 Decembre 2001

Compte rendu réalisé par :
Eric Lechevallier – JL Pariente

Le forum du Comité de Transplantation et d'Insuffisance Rénale de l'AFU, animé par B. Barrou concernait cette année les lésions rénales lors des prélèvements multiorganes et les lésions d'ischémie / reperfusion.

JJ Patard *(Rennes)* a analysé et rapporté les résultats de l'enquête du Comité à propos des lésions rénales réalisées lors des prélèvements multiorganes. 14 centres français de transplantation rénale ont participé à l'enquête. 200 fiches ont été colligées et analysées. Dans 90% des cas les prélèvements d'organes étaient réalisés en France par des Urologues. 80% des prélèvements étaient des prélèvements multiorganes. Un problème a été signalé pendant le prélèvement dans 10% des prélèvements, essentiellement des hémorragies, des difficultés de dissection et des suspicion de tumeur. Une ischémie chaude a été rapportée dans 2,5% des prélèvements. Le seul facteur statistiquement significatif de prédiction de ce type de problème était un prélèvement rénal seul (risque : 20%). 7% de lésions parenchymateuses liées au prélèvement ont été signalées (décoloration, tumeur). Le seul facteur favorisant était le prélèvement multiorgane (risque : 20%). 4% des reins prélevés n'ont pas été transplantés pour une lésion rénale iatrogène. Il y a eu 10% de patch artériels de mauvaise qualité et 10% de lésions artérielles (section polaire). Le seul facteur favorisant une lésion artérielle était l'athérome artériel du donneur. 2,5% des reins prélevés n'ont pas été transplantés pour une lésion artérielle iatrogène. 8% de lésions veineuses liée au prélèvement ont été rapportées. Aucun transplant n'a été perdu pour une raison veineuse. Il y a eu 4% de lésion urétérale. Aucun transplant n'a été perdu pour une cause urétérale.

La suite de ce travail va être d'améliorer la fiche, récupérer le suivi des transplants et de diffuser plus largement cette enquête.

D. Plissonier *(Rouen)* a fait une mise au point sur la physiopathologie des lésions d'ischémie / reperfusion à partir d'un modèle de clampage mésentérique chez le rat. Les lésions observées sont essentiellement des lésions endothéliales : œdème, dysfonction. Cette dysfonction serait médiée par le monoxyde d'azote, les radicaux libres et certaines cytokines (IL-6, TNF). Le modèle mis au point par D. Plissonier suggère que les lésions d'ischémie / reperfusion pourraient être réduite par un préclampage vasculaire de quelques minutes avant le clampage définitif. Ce préclampage réduirait la production des médiateurs de l'inflammation (TNF) nocifs pour le transplant.

D. Hestin *(Nancy)* à partir de la physiopathologie des lésions d'ischémie / reperfusion a rappelé les possibilités de prévention. Dans l'ischémie / reperfusion il y a des évènements précoces (mort cellulaire) et des évènements tardifs (fibrose). Les piègeurs de radicaux libres réduisent les lésions d'ischémie / reperfusion en agissant sur les polynucléaires. Les hématies ont une activité antioxydante. Les perspectives de prévention de ces lésions sont : les inhibiteurs de la xanthine-oxydase, le pré-clampage, les protéines de choc thermique, les nucléotides, les antagonistes de l'angiotensine II ■

COMITE D'UROLOGIE PÉDIATRIQUE

N°4 Decembre 2001

Compte rendu réalisé par :
E. Fontaine, D. Dadoun

I. HYPOSPADIAS BALANO-PREPUTIAL

Il n'existe pas un hypospadias balano-préputial, mais une variété d'hypospadias balano-préputial qui pose des problèmes divers. Il est fondamental de ne pas méconnaître un urètre distal hypoplasique qui exposerait l'enfant au risque de sténose par ischémie de l'urètre distal. L'interrogation des chirurgiens par le système Périclès a montré que la quasi totalité d'entre eux opérait les enfants entre l'âge de 1 et 2 ans.

Le type d'intervention réalisée est plus discuté. La majorité réalise l'intervention type Duplay-Snodgrass. Cependant il apparaît une détérioration du résultat avec le temps. P. Mouriquand a rapporté un taux de réintervention de 20% à 4 ans avec le Snodgrass.

Les autres opérations réalisées sont l'intervention de Mathieu et la translation urétrale de Koff en cas de division distale des corps caverneux. Le Magpi, considéré comme une « illusion » a fait l'objet d'une condamnation unanime. L'intervention pour hypospadias balano-préputial est une intervention cosmétique. A ce titre une évaluation des résultats par le patient à l'âge adulte apparaît indispensable. Dans cette perspective, la chirurgie associée du prépuce est un problème qui doit être discuté.

II. URETEROCELE

La prise en charge des urétérocèles est actuellement très variée. Cependant, il existe des points communs : absence de recette universelle en raison de la variabilité des urétérocèles et prudence car chaque chirurgien a eu des complications sévères avec cette pathologie.

Les traitements oscillent entre traitement par néphrectomie partielle polaire supérieure ou parfois pyélo ou urétéropyélostomie et la restitution ad integro avec réimplantation des deux uretères, avec éventuellement un modelage. La ponction endoscopique (et non pas l'incision) a vu ses indications se réduire. Cependant elle guérit 100% des urétérocèles endovésicales. En cas d'urétérocèle extravésicale, une reprise chirurgicale est le plus souvent nécessaire.

La chirurgie de reconstruction du plancher vésical donne dans l'ensemble des bons résultats mais peut être responsable de dysfonctionnement vésical, d'incontinence, voire de fistules, l'ensemble de ces complications restant de traitement difficile. Ainsi, en cas de reflux associé, les critères d'intervention doivent être stricts, fonction du degré d'infection et de l'état du parenchyme, car il s'agit de réimplantations difficiles.

De même, la néphrectomie polaire supérieure par voie laparoscopique, bien que séduisante est une intervention difficile même entre les mains de spécialistes (4 conversions / 35, 1 reins perdus). La voie lombaire postérieure est une alternative acceptable.

La chirurgie de l'urétérocèle reste un problème difficile. Le respect de l'autre pyélon et de la vessie doivent être une préoccupation constante ■

« Primum non nocere »…

N°4 Decembre 2001

TUMEURS RADIO ET CHIMIO-INDUITES

Compte rendu réalisé par :
A. Houlgatte - J.L. Davin

Les seconds cancers primitifs après radiothérapie *(P. Richaud).*

Ils sont la conséquence d'instabilités génomiques ainsi que des dommages directs radio-induits entraînant mutations et anomalies cytogénétiques. Le risque est directement lié au délai écoulé depuis l'irradiation ainsi qu'à la dose délivrée. Il s'agit essentiellement de leucémies avec un temps de latence plus court que pour les tumeurs solides qui sont rarement urologiques. Sont particulièrement exposés les enfants ayant fait l'objet d'une radiothérapie pour lymphome ou maladie d'Hodgkin. Bien que ces seconds cancers primitifs soient relativement rares le respect des standards de traitement et d'une technique rigoureuse de radiothérapie est indispensable. Une surveillance particulière des patients jeunes ayant eu une dose élevée apparaît nécessaire.

LE RISQUE APRÈS CHIMIOTHÉRAPIE *(S. Culine).*

Les secondes tumeurs sont essentiellement représentées par les hémopathies. L'évolution du pronostic de la tumeur initiale grâce à l'efficacité de la chimiothérapie augmente l'espérance de vie de ces patients et par la même le risque de seconde tumeur. Parmi les facteurs favorisant leur survenue il faut essentiellement retenir la dose cumulée des drogues reçues et l'association avec la radiothérapie. Les agents cytotoxiques le plus en cause sont représentés par les alkylants comme le cyclophosphamide et les inhibiteurs de la topo-isomérase II tel l'étoposide avec pour cette catégorie une apparition précoce après traitement. Ces leucémies aiguës sont en général plus graves. Bien que le risque soit plutôt faible, inférieur à 5%, sa prévention impose le respect des standards thérapeutiques.

LES TRAITEMENTS IMMUNOSUPRESSEURS *(E. Lechevallier).*

Ceux utilisés lors des transplantations d'organes sont susceptibles d'interférer avec les défenses antitumorales. Le risque de cancer urogénital doit être pris en compte chez le transplanté, il serait sept fois plus élevé. Il existe en particulier une plus grande fréquence des cancers du rein sur rein natif essentiellement de type tubulo-papillaire. Les cancers de prostate et de vessie semblent également plus fréquents. Ceci conduit à proposer une recherche systématique de ces tumeurs urologiques avant transplantation, le délai entre sa prise en charge thérapeutique et les possibilités de transplantation étant variable en fonction du siège et du stade de cette tumeur. Après transplantation une surveillance annuelle systématique de ces différents sites tumoraux reposant sur la cytologie urinaire, le dosage du PSA et l'échographie réno-vésicale est préconisée.

TUMEUR UROTHÉLIALE RADIO OU CHIMIO-INDUITE *(Ch Théodore).*

Ce risque est également évoqué en raison de la sensibilité particulière de l'urothélium à la carcinogénèse. Il est en particulier reconnu après traitement des cancers gynécologiques avec une augmentation sensible par rapport à la population générale. Les drogues de chimiothérapie le plus classiquement incriminées sont les alkylants en retenant la corrélation existant avec la durée du traitement et le temps de latence par rapport à son début. Une surveillance serrée des patients à risque est recommandée avec la réalisation d'une cystoscopie au moindre signe et en particulier en cas d'hématurie. Un traitement d'emblée plus radical serait probablement nécessaire.

TUMEUR DE VESSIE APRÈS RADIOTHÉRAPIE *(A. Villers).*

L'augmentation significative des tumeurs de vessie associées à la radiothérapie a été observée par plusieurs auteurs. Ce risque doit être pris en compte dans le traitement du cancer de prostate où il existe d'autres alternatives d'autant plus qu'il s'agit de patients de plus en plus jeunes eu égard à la détection précoce de ce cancer. Le risque augmente avec le temps écoulé depuis l'irradiation. Un traitement plus agressif de ces lésions urothéliales serait à envisager. Il est difficile de proposer une surveillance de principe chez ces patients en l'absence de données actuelles suffisantes sur l'incidence réelle de ce risque.

SECONDE TUMEUR APRÈS RADIOTHÉRAPIE POUR CANCER DU TESTICULE *(M. Petit).*

Elles sont essentiellement représentées par les sarcomes, les leucémies et les lymphomes mais également par les tumeurs pouvant survenir au sein de la zone irradiée comme le cancer gastrique. Intervient la dose délivrée, le délai écoulé depuis l'irradiation et le cumul radio-chimiothérapie. Leur incidence devrait nettement diminuer avec la réduction du champ d'irradiation, des doses délivrées actuellement inférieures à 30 Gys et des indications que l'on peut limiter aux stades initiaux des séminomes (pT1 à pT4, N0 à N2).

SECONDE TUMEUR APRÈS CHIMIOTHÉRAPIE POUR CANCER DU TESTICULE *(F. Michel).*

Il semble difficile de l'évaluer à partir des données de la littérature en raison de l'inclusion dans ces séries de doses et de drogues différentes. Il apparaît tout de même plus élevé que dans la population générale de cet âge avec une plus forte incidence des leucémies. Il doit être pris en compte dans les protocoles actuels à base d'étoposide conduisant à respecter les standards thérapeutiques. Une dose cumulative inférieure à 2 g par m^2 diminue ce risque ■

Compte rendu réalisé par :
A. de la Taille, F. Desgrandchamps, J. Irani, V. Ravery, C. Saussine

TRAITEMENT DES STÉNOSES DE L'URETHRE

Les sténoses de l'urèthre font partie du quotidien de l'urologue. Il est cependant bien difficile d'en donner une définition simple. En effet l'urèthre normal a une lumière virtuelle et il n'y a pas de diamètre « officiel » chiffré normal. On ne peut donc pas définir une sténose de l'urèthre par un simple diamètre seuil. Par ailleurs, compte tenu des lois de l'hydrodynamique (loi de Poiseuille), c'est le diamètre hydraulique qui a plus d'importance que la forme du conduit dans la détermination du coefficient de perte de charge qui est responsable du retentissement de la sténose.

Le CTMH a donc choisi une définition longue des sténoses de l'urèthre mais dont le mérite est de recouvrir tous les aspects de cette affection. Une sténose de l'urèthre est une réduction de calibre, plus ou moins étendue, du canal de l'urètre

mise en évidence:

- à l'occasion du bilan de symptômes du bas appareil urinaire par une exploration endoscopique de l'urètre (urétroscope rigide ou fibroscope).

Dans ce contexte clinique, une suspicion de sténose lors d'une opacification radiographique de l'urètre ou lors de la constatation d'une baisse du Qmax en débitmétrie devra être confirmée endoscopiquement.

- fortuitement chez un patient asymptomatique lors d'une exploration endoscopique urétrovésicale et empêchant le passage de l'endoscope à l'exception des réductions physiologiques du calibre urétral rencontrées au niveau du méat, de la fossette naeviculaire et du sphincter urétral, si celles-ci laissent le passage à l'endoscope"

COMMENT « BIEN FAIRE » LA PREMIÈRE URÉTHROTOMIE

Le traitement de première intention d'une sténose de l'urèthre est l'uréthrotomie interne.

La première urétrotomie interne sous vision directe a été rapportée par Desormeaux en 1865. Divers progrès technologiques concernant le système optique et d'éclairage ont été réalisés jusqu'en 1971, date à laquelle Sachse a présenté un urétrotome fabriqué par la société Storz. Toutes les publications actuelles font référence à la technique présentée par Sachse.

Une enquête à travers la littérature récente et auprès des urologues membres du comité des troubles mictionnels de l'homme a permis de mieux préciser la façon de faire actuelle.

Le calibre de l'urétrotome utilisé varie de CH20 à CH25

Le plus souvent, une sonde urétérale ou un guide est placé à travers la sténose pour guider l'urétrotomie.

La lame utilisée est le plus souvent droite sans dent mais peut être avec dents ou courbe.

Une seule incision à midi suffit le plus souvent. Lorsque le calibre obtenu de l'urètre est jugé insuffisant d'autres incisions sont faites.

Les critères de jugement d'une incision suffisante restent très variables d'un opérateur à l'autre : permettre le passage de l'urétrotome ; ne plus voir de tissu fibreux ; obtenir un calibre identique à l'urètre d'amont et d'aval. Cela nécessite pour certains d'inciser en zone saine en amont et/ou en aval de la sténose sur quelques millimètres.

Aucune dilatation ne précède ou ne suit une urétrotomie interne sous vision directe.

La sonde laissée en place en fin d'intervention est le plus souvent de CH18 à 20 et ce pour une durée qui varie de 1 (le plus souvent) à 5 jours.

En conclusion la technique de l'urétrotomie interne sous vision directe de première intention présente de nombreuses petites variantes techniques ou dans l'appréciation du résultat obtenu.

QUEL SUIVI : SURVEILLANCE ? TRAITEMENT D'ENTRETIEN ?

1. LA SURVEILLANCE

Les délais de récidives :

- La majorité des récidives surviennent dans la 1ère année (75%) avec une médiane de 4 à 6 mois
- Les récidives tardives (à plus de 5 ans) restent possibles (5%).

Le diagnostic de la récidive: se heurte aux mêmes problèmes que ceux du diagnostic initial (voir Comment faire le diagnostic d'une sténose de l'urètre ? par O. Haillot).

La longueur de la sténose est le facteur de risque de récidive établi. Les autres facteurs sont controversés.

La surveillance doit se faire en accord avec le patient en fonction des informations mentionnées ci-dessus.

2. LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN

L'auto-distension hydrostatique. Le but est l'obtention des résultats de l'auto-dilatation. Cependant ce bénéfice théorique n'a jamais été prouvé

L'injection de corticoïdes dans le site de la sténose. Proposée dans un article il y a 10 ans. Aucune référence depuis.

L'auto-dilatation: n'est proposée a priori qu'aux récidivistes.

LE TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES STÉNOSES RÉCIDIVANTES DE L'URÈTHRE

Plusieurs approches endoscopiques ont été proposées dans le traitement des sténoses récidivantes de l'urèthre : la répétition des uréthrotomies internes, l'utilisation du laser, des protocoles d'autodilatation et les prothèses endouréthrales. Les résultats de ces différentes techniques rapportés dans la littérature ont été présentés.

Il semble acquis qu'en cas de récidive, une seconde uréthrotomie peut être proposée avec un taux de récidive de 68% mais qu'il n'existe pas de place pour des uréthrotomies itératives. Les facteurs prédictifs de la récidive sont : une durée de sondage supérieure à 3 jours, une longueur de la sténose supérieure à 1 cm, la localisation pénienne par rapport aux localisations bulbaires, un calibre inférieur à 15F, une récidive précoce après la première uréthrotomie et l'étiologie de la sténose (les sténoses après RTUP récidivant plus que les sténoses infectieuses ou traumatiques).

L'utilisation du laser a des résultats comparables à ceux de l'uréthrotomie interne.

Les dilatations ont les mêmes résultats en terme de récidive que les secondes uréthrotomies internes pour les sténoses courtes de moins de 2 cm. Deux études prospectives et randomisées montrent l'intérêt d'autodilatation 1 fois par semaine pendant 6 mois avec des bougies de dilatation CH16 en entretien après une uréthrotomie versus uréthrotomie seule : taux de récidive à 12 mois de 19% versus 68%. Les patients ayant poursuivi le traitement d'autodilatation ont un taux de récidive de 0%. Le taux de complication semble faible puisque sur 101 patients avec un suivi moyen de 67 mois, les auteurs rapportent 1 uréthrorragie, 6 infections urinaires et 1 orchiépididymite.

Concernant les prothèses endouréthrales, les prothèses métalliques sont à abandonner pour le traitement des sténoses récidivantes péniennes à cause des douleurs occasionnées et des migrations. Les taux de succès dans la littérature sont encourageants variant de 55% à 87% pour les prothèses Urolume ou Mémokath mais dans notre expérience, les résultats ne semblent pas aussi prometteurs.

CONCLUSION

Cette revue de la littérature souligne les intérêts d'une seconde uréthrotomie interne et des protocoles d'autodilatations qui pourraient être proposés à certains de nos patients âgés. (voir tableau).

TRAITEMENT CHIRURGICAL OUVERT DES STÉNOSES DE L'URÈTHRE

Il a été rappelé que l'indication restait l'échec de deux uréthrotomies internes et que des interventions en un et deux temps pouvaient être réalisées.

De manière générale, les interventions en deux temps, qui consistent à mettre l'urèthre à plat puis à reconstruire quelques mois plus tard un tube uréthral en utilisant la peau. Elles peuvent s'appliquer à peu près à toutes les situations et rendre des services inestimables lorsque les conditions opératoires n'étaient pas favorables.

Leur indication principale reste les sténoses de l'urèthre multi-opérées et multi-récidivées, l'existence de trajets fistuleux et / ou les sténoses de l'urèthre très étendues. On note de plus que chez les sujets âgés, il est parfois préférable de se limiter au premier temps de façon à laisser le patient hypospade ou porteur d'une périnéostomie, plutôt que de vouloir fermer à tout prix l'urèthre et obtenir un mauvais résultat fonctionnel.

Concernant les uréthroplasties en un temps, on distingue : les résections – anastomoses, les greffes et les lambeaux.

Résultats du traitement endoscopique des sténoses récidivantes du l'urèthre

	Taux de récidive	Conclusion
Uréthrotomie	68%-94%	Pas plus de 2 uréthrotomies
Laser	0%-83%	Pas d'avantages / uréthrotomie
Dilatation	50%-70%	1 dilatation= 1 uréthrotomie
Autodilatation	0%-40%	Durée de l'autodilatation: à vie?
Prothèse	13%-45%	Complications (douleur), efficacité

Les greffes peuvent utiliser la peau pénienne ou la peau préputiale lorsqu'elle est disponible, en prenant soin de bien l'amincir en la dégraissant.

Il a été décrit d'autre part des greffes utilisant la muqueuse buccale, voire la muqueuse vésicale, bien que des travaux récents ont montré les mauvais résultats obtenus par l'utilisation de ces muqueuses.

Concernant les lambeaux, tous les sites de prélèvements sont possibles, depuis le prépuce jusqu'au scrotum. On note que la peau scrotale, même si elle peut parfois autoriser la réalisation d'un lambeau avec un pédicule court en cas de rétrécissement de l'urèthre membraneux ou bulbaire, avec ainsi un risque de nécrose moins important, a quelques inconvénients :

1. l'existence de nombreux follicules pileux, qui dans l'idéal peuvent être détruits au laser ;
2. une grande capacité d'extension, notamment à la chaleur, qui fait que le lambeau devient plus grand qu'initialement prélevé lorsqu'il est amené en profondeur au contact du rétrécissement. Cette caractéristique peut générer des uréthrocèles.

L'expérience de l'équipe de l'Hôpital Bichat a été rapportée concernant 66 rétrécissements de l'urèthre traités par uréthroplastie en un temps. Quelques messages s'en dégagent :

- La résection – anastomose est à réserver aux rétrécissements proximaux, car au niveau de l'urèthre pénien, elle peut être source d'incurvation et de raccourcissement de la verge.
- La greffe de peau libre est certainement la technique d'uréthroplastie en un temps la plus simple et celle qui apporte le plus fort taux de bons résultats, à condition que le rétrécissement soit ± 2 cm.
- C'est au niveau de l'urèthre pénien que l'on obtient les meilleurs résultats du fait de la dissection plus aisée.
- Les résultats dépendent des critères utilisés pour les évaluer. Lorsque le seul débit maximal urinaire ≥ 15 ml/s est considéré, le taux de bons résultats à plus de 2 ans est de 90%. Lorsque l'on ajoute au critère précédemment utilisé, l'absence d'infection urinaire récurrente et l'absence de sténose radiologiquement visible, ce taux de bons résultats à plus de 2 ans tombe à 65%.
- Lorsque la récidive doit se produire, elle survient habituellement dans les 12 à 18 mois qui suivent l'intervention.

On souligne également que l'utilisation d'une lampe frontale, d'un écarteur autostatique à élastiques, d'un béniqué introduit par un orifice de cystostomie pour amener une sténose de l'urèthre membraneux dans l'incision et l'utilisation d'une incision périnéale en U inversé pour l'abord des sténoses de l'urèthre postérieur, sont autant de moyens qui aident à l'obtention de meilleurs résultats.

Dans les suites le patient doit avoir un double drainage uréthral et sus-pubien, ce dernier permettant le contrôle de la qualité de l'intervention par réalisation d'une urétho-cystographie rétrograde et mictionnelle ■

COMITE DE TERMINOLOGIE ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION

N°4 Decembre 2001

Compte rendu réalisé par : G. Aznar
Responsable du comité : B. Lukacs

1. PARTICIPANTS

a **Guide de codage en onco-urologie** *par X Rebillard*

b. **Point sur BASAFU (www.basafu.org)** *par X. Rebillard et B. Lukacs*

c. **Point sur l'utilitaire de codage des consultations externes** *par H. Bensadoun*

d. **Présentation des critères de "qualité" du Comité Lithiase** *par H. Hadjadj et P Conort*

e. **Point sur les nouveautés du PMSI pour 2002** *par O. Miro*

2. DÉROULEMENT DE LA CONFÉRENCE

A. GUIDE DE CODAGE EN ONCO-UROLOGIE

X Rebillard

Le guide de codage en onco-urologie a pour objectif de clarifier et d'harmoniser les pratiques de codage.

Toutes les situations courantes en onco-urologie sont décrites et expliquées. La deuxième partie du guide comporte des exercices de codage.

Ce guide comporte trois parties :

- La première explique les règles à utiliser pour le codage PMSI. Cette partie a été validée par le PERNNS, elle est donc opposable au DIM pour tout problème de codage.
- La deuxième partie explique les règles définies par le comité de cancérologie pour coder les « critères de qualité » pour BASAFU et , en particulier, le codage du TNM pour les cancers.
- La troisième partie consiste en des exercices de codage à partir de situations cliniques courantes.

Il est prévu que ce type de guide soit réalisé pour d'autres domaines comme la lithiase ou l'andrologie.

Ce guide sera envoyé à tous les urologues, membres de l'AFU. Il peut également être envoyé aux DIMs pour ceux qui le souhaitent (demande à faire à Colloquium).

B. POINT SUR BASAFU (www.basafu.org)

B. Lukacs

BASAFU est opérationnel.

Le site : www.basafu.org est la pierre angulaire du projet :

Sur le site, se trouve le module d'inscription et tous les documents et outils nécessaires pour bien comprendre le projet, envoyer ses fichiers et visualiser les résultats.

Le site BASAFU a été réalisé par la société Strathom.

Le CTSI peut être facilement contacté en cas de problème.

L'adhésion est simple.

Il est nécessaire d'être membre de l'AFU.

Il faut aussi avoir signé la charte BASAFU : La charte mentionne certaines obligations d'informations légales (CNIL), et précise les devoirs réciproques des adhérents et de l'AFU. Il est explicitement précisé que l'exploitation des données est strictement anonyme.

Il faut ensuite choisir son niveau de participation : Il existe plusieurs modes de participation à BASAFU :

- **Pour les hospitalisations : il existe trois modes de participation :**
- ***Le mode standard :*** consiste à transmettre à l'AFU les données déjà codées pour le PMSI.
  - Pour ce mode de participation, il suffit donc de s'inscrire, de prévenir son directeur d'établissement et son DIM en utilisant le modèle de lettre proposé à cet effet et d'envoyer, ou de faire envoyer par son DIM, ses résumés PMSI (les RUM) après les avoir crypté grâce à l'utilitaire Arobas, téléchargeable sur le site BASAFU.
  - Donc : aucune charge de travail supplémentaire mais des retours d'informations nouveaux : Que des avantages !
- ***Le mode étendu*** consiste à coder plus « finement » les diagnostics en utilisant THESAFU, le thesaurus de l'AFU. Ce thesaurus est plus fin que CIM10 permettant de mieux coder les situations cliniques.
  - Il est strictement compatible avec la CIM10 et a été validé par le PERNNS.
  - Il respecte le format standard pour les outils informatiques PMSI ce qui implique que tous les éditeurs de ce logiciel doivent pouvoir l'intégrer .
- ***Le mode qualité*** consiste à coder, en plus des informations du PMSI, des « marqueurs de qualité » définis en collaboration avec les comités scientifiques de l'AFU. Ces marqueurs de qualité sont des informations que nous avons tous dans nos CRO, CRH ou lettre au médecin traitant. L'intérêt de leur codage est de pouvoir analyser de façon plus pertinente les séjours. Actuellement, les marqueurs de qualité ont été définis pour la cancérologie et l'HBP. Les détails de ces modules de qualité sont sur le site BASAFU.ORG.
- **Pour les consultations externes : il existe deux modes de participation :**

le mode standard :

il est demander de cocher un certain nombre d'items par consultation externe. Pour ce faire, il est possible d'utiliser directement l'ordinateur ou de passer par une fiche papier qui est saisie secondairement.

Un utilitaire informatique sera bientôt disponible sur BASAFU. On peut déjà y trouver un modèle de fiche papier et le mode d'emploi pour le codage des consultations externes .

• ***Le mode qualité :***

- A l'instar de celui du mode hospitalisation, il permet de recueillir des données supplémentaires (TNM) qui « marquent » une qualité
- Les études de faisabilité ont révélé une parfaite intégration de ces possibilités de codage de la consultation : c'est vraiment très rapide à cocher et cela rapporte beaucoup d'informations très utiles à l'Urologue.

C. POINT SUR L'UTILITAIRE DE CODAGE DES CONSULTATIONS EXTERNES

H. Bensadoun

Au format java, tournant sur PC ou sur MAC, il est téléchargeable sur BASAFU .

Très simple, il se contente de proposer quelques choix, que ce soit pour le patient (code postal, sexe), pour l'adressage (direct, par un médecin généraliste), pour le motif de consultation (organe), le codage des actes réalisés (CDAM)

Le fichier de consultation généré pourra alors être envoyé à BASAFU.

Il est possible d'utiliser un mini formulaire papier, disponible sur le site, où les questions tiennent sur la moitié d'une page. Elle est en général remplie en moins de 10 secondes.

Un cahier des charges est disponible sur le site BASAFU pour tous les éditeurs de logiciels afin qu'ils intègrent ce module dans les logiciels.

D. PRÉSENTATION DES CRITÈRES DE "QUALITÉ" DU COMITE LITHIASE

H. Hadjadj

Le codage en CIM10 est souvent insuffisant. Dans la mesure où le codage sert de plus en plus à « juger » la pratique des médecins et qu'il est obligatoire, autant compléter les items !

Par exemple, le N 20.9 peut être soit un calcul urinaire sans précision, soit une pyélonéphrite avec lithiase ! Il faut compléter par des codes « fils » de l'AFU ces codes dits « pères » du CIM10.

Dans le calcul du rein, le N 20.0 ne donne pas d'informations sur la position par exemple. Ici on ajoute par exemple au code père N 20.0 la position (N20. EU pyélique, N20.DU caliciel supérieur...).

En matière d'infection ou d'agents infectieux, des codes précis sont aussi disponibles.

Le calcul d'indinavir, la présence de bricker (...) peuvent être retrouvés par des codes fils spécifiques.

Voici ce que le comité lithiase a retenu comme items devant faire partie des « marqueurs de qualité » :

- récidive / nouveau malade
- calcul récidivant / nouveau
- nombre de calculs traités
- taille (classe) du calcul traité
- aspect radiologique du calcul
- le composant majoritaire de la chimie du calcul si elle a été réalisée

E. POINT SUR LES NOUVEAUTÉS DU PMSI POUR 2002

O. Miro

Le PMSI a été prévu pour pouvoir changer dans le temps. En 2002, les modifications auront peu d'effets directs, mais seront importantes à long terme:

- le CDAM est remplacé par le CCAM
- le chaînage des séjours permettra de suivre le parcours dans toute la France d'un patient hospitalisé
- des systèmes d'alertes automatiques seront intégrés et généreront des contrôles en plus lorsque les codes sont imprécis (ex: codes se terminant par 9)

Toutes les présentations ont donné lieu à de riches discussions avec la salle montrant l'intérêt général à cette démarche.

COMITE DE NEURO-UROLOGIE

N°4 Decembre 2001

Compte rendu réalisé par :
E Chartier-Kastler, J.J. Labat, J.M. Buzelin

Le forum de neurourologie était animé par le comité de neurourologie et avait choisi d'inviter Philippe Van Kerrebroeck comme président de séance et orateur afin qu'il nous fasse partager son expérience de la neuromodulation.

I. TROUBLES URINAIRES AU COURS DES SCIATIQUES

Les complications urinaires des sciatiques paralysantes étaient à l'ordre du jour du forum du Comité de Neuro-Urologie avec les conférences de B. Paratte et de JJ. Labat .

1. FRÉQUENCE - MÉCANISME

Un syndrome de la queue de cheval complique 1 à 15% des hernies discales lombales dont on ignore la prévalence ; on sait seulement qu'elles sont fréquentes. Les conséquences urologiques correspondent à une neuro-vessie périphérique, aréflectique et généralement rétentionniste , parfois incontinente , mais plus souvent par regorgement que par insuffisance sphinctérienne.

2. PROBLÈMES DIAGNOSTIQUES

L'urologue est rarement confronté à un syndrome aigu de la queue de cheval. Une telle situation doit être réglé en urgence par le neurologue et le neuro-chirurgien qui doit lever le plus rapidement possible la compression. Habituellement son avis est sollicité par la survenue de troubles urinaires au cours de l'évolution d'une sciatique plus ou moins connue.

• *Les signes fonctionnels* de menace, précédant les troubles vésico-sphinctériens sont : la bilatéralisation de la douleur ou sa disparition (c'est quand la douleur disparaît que la paralysie s'installe) , des dysesthésies périnéales (+++), des troubles sexuels. Les troubles vésico-sphinctériens peuvent être un émoussement du besoin d'uriner, une modification de la sensation de passage des urines et des matières, une dysurie récente, voire une rétention.

• *Les signes physiques* sont l'hypotonie anale, l'hypoesthésie ou l'anesthésie en selle, l'aréflexie périnéale

• *Les examens complémentaires* ne sont jamais à prescrire en période aiguë car l'urgence est d'emblée à l'imagerie , en dehors de ces situations:

- la cystomanométrie confirme l'hypoesthésie vésicale, l'hypo ou l'aréflectivité vésicale,
- l'électromyographie du périnée est plus spécifique que l'urodynamique et peut avoir une valeur médico-légale en prouvant l'antériorité des troubles par rapport à l'intervention neuro-chirurgicale : EMG et potentiels évoqués sacrés si on suspecte une atteinte sacrée, potentiels évoqués somesthésiques si on soupçonne une sciatique cordonale, (c'est à dire une douleur de type sciatique non liée à une atteinte radiculaire mais à une atteinte des cordons postérieurs de la moelle lors d'une compression médullaire lente ou lors d'une pathologie inflammatoire et s'exprimant éventuellement par une instabilité vésicale)
- la suspicion d'une compression sacrée impose un examen d'imagerie rachidienne :
- TDM et surtout IRM. On peut y retrouver une compression par une grosse hernie discale, mais parfois petite, en cas de canal lombaire étroit, d'adhérences arachnoïdiennes, ou lorsque le processus neurologique est d'ordre ischémique. Dans les évolutions progressives, il pourra s'agir d'un processus expansif sacré.

3. TRAITEMENT, ÉVOLUTION, PRONOSTIC.

Une compression radiculaire sacrée impose une décompression chirurgicale. Elle s'impose en urgence en cas de syndrome aigu de la queue de cheval, avant tout examen complémentaire. Elle doit être faite dans les meilleurs délais en cas de forme rapidement progressive confirmée par les examens complémentaires ; il n'est pas certain que la rapidité de la décompression améliore le pronostic, mais l'enjeu médico-légal est évident.

En l'absence de signes de compression sacrée, les troubles urinaires peuvent être d'ordre réflexe (rétention ou dysurie réflexe). Il faut traiter la douleur , prendre du recul et revoir le patient à distance.

La récupération d'une contraction vésicale réflexe est assez imprévisible , mais improbable quand le périnée est anesthésique en pré-opératoire. Il n'y a pas de facteur pronostique ni de corrélation entre la récupération neuro-végétative et somatique périnéale. Les principaux risques évolutifs sont :

la survenue d'un trouble de la compliance vésicale, d'autant plus grave qu'il est associé à une hypertonie sphinctérienne « de dénervation »

l'extériorisation d'un prolapsus pelvien du à la poussée abdominale sur un périnée dénervé en cas d'acontractilité vésicale associée à un tonus sphinctérien préservé ou augmenté ; même en l'absence de résidu, les sondages intermittents peuvent alors être prescrits pour éviter une telle complication.

II. NEUROSTIMULATION DE BRINDLEY

Pierre COSTA, a rapporté l'expérience du centre Propara sur l'électrostimulation selon Brindley dont plus de 1000 exemplaires ont été implantés au monde, la plus grosse expérience française étant celle du centre de L'Arche au Mans et du CHU de Bordeaux.

Il s'agit de 20 patients (14 hommes et 6 femmes), d'âge moyen 34 ans (17-54), tous paraplégiques centraux complets, très handicapés par une incontinence majeure par hyperactivité vésicale. Le stimulateur a été implanté en moyenne 75 mois (15 à 286 mois) après le début de la paraplégie. Avec un recul moyen de 4,5 ans, 90 % des opérés sont continents et utilisent leur stimulateur pour vider leur vessie. 18/20 utilisent exclusivement la stimulation pour provoquer leurs mictions ; 2 préfèrent recourir de temps en temps à l'auto-sondage, moins contraignant car ne nécessitant pas un transfert sur les toilettes (femmes). 18/20 sont continents, 2 gardent une incontinence essentiellement à l'effort (la méthode n'améliore pas l'insuffisance sphinctérienne et même l'aggrave).

Cette expérience a apporté deux enseignements intéressants :

1. La femme est une meilleure candidate que l'homme en raison des conséquences de la rhizotomie sur l'érection réflexe, même si le stimulateur comporte un programme d'érections électro-induites, lequel n'est généralement pas utilisé par les patients de cette série. En contre partie la femme est contrainte de faire un transfert sur les toilettes pour vider sa vessie, alors que l'homme peut uriner dans un collecteur.
2. La publicité faite autour des espoirs d'une restitution fonctionnelle par des techniques avant-gardistes de réinnervation, de greffes de cellules embryonnaires, a porté préjudice à la méthode, en rendant les patients réticents à toute chirurgie de dénervation, et ceci au profit d'alternatives, plus conservatrices comme:

- l'entérocystoplastie d'agrandissement associée à l'auto-sondage qui demeure une excellente solution
- l'injection intra-vésicale de toxine botulinique qui représente un espoir intéressant en cours d'évaluation clinique en France.
- une troisième solution chez la femme est une rhizotomie postérieure sans neuro-stimulation avec vidange vésicale par auto-sondage.

III. NEURO-MODULATION SACRÉE S3

Philippe Van Kerrebroeck (Maastricht) nous a rapporté les résultats de l'étude multicentrique (23 centres : 9 européens et 14 américains) dans les trois indications majeures : l'incontinence par urgence, la pollakiurie et l'impériosité sans incontinence et la rétention. Les résultats sont probants et stables dans le temps et les effets secondaires, notamment les douleurs au site d'implantation se réduisent avec l'expérience et avec les progrès des matériaux.

L'implantation d'un neuro-modulateur n'est réalisée que chez les sujets répondeurs à un test qui consiste à observer la contraction périnéale lors de la mise en place de l'électrode dans le foramen de S3 et l'amélioration clinique au cours d'une période de 5 à 7 jours.

Le **Club Français de Neuromodulation** a limité ses ambitions à l'évaluation de ce test, dont les résultats ont été présentés par Emmanuel Chartier-Kastler. 459 patients ont été inclus dans 5 centres français, représentant 493 tests. 376 dossiers sont exploitables et cet écrêtement tient à la fois au caractère rétrospectif de l'étude et à la complexité de la grille. C'est un premier enseignement. Un second enseignement est la difficulté à réaliser et à interpréter les tests :16,2% des patients non neurologiques, 22,4 % des patients neurologiques ont été déclarés candidats à l'implantation, mais le nombre de patients en attente d'un nouveau test est respectivement de 33,8% et 31,4%. Le nombre de tests nécessaires pour obtenir une réponse définitive est de 1 pour 73% des patients, 2 pour 20% des patients, 3 ou plus pour 7% des patients.

Pour l'instant, le logiciel n'inclut pas les douleurs car les critères d'évaluation ne sont pas encore au point ■

Incontience par impériosité	**6 mois (n = 84)**	**12 mois (n = 77)**	**24 mois (n = 53)**	**36 mois (n = 37)**
≥ 50% de réduction	29%	39%	38%	27%
Totalement secs	37%	34%	28%	35%
Total amélioration	**66%**	**73%**	**58%**	**2%**

Pollakiurie – Impériosité	6 mois (n = 56)	12 mois (n = 51)	24 mois (n = 32)	36 mois (n = 26)
≥ 50% de réduction	14%	24%	19%	7%
4 à 6 mictions /jour	32%	25%	19%	7%
Total amélioration	**46%**	**49%**	**57% 3**	**8%**

N°4 Decembre 2001

FORUM DE CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

Compte rendu réalisé par Dr C. Saussine

Le risque oncologique en laparoscopie.

La séance était présidée par le Pr C.C. ABBOU.

Le Docteur J.D. DOUBLET a présenté une étude bibliographique sur les faits cliniques et les données expérimentales relatives au risque oncologique en laparoscopie.

Les Docteurs T. PIECHAUD (Dr P.,Clinique St Augustin à Bordeaux) et A. HOZNEK (Dr H., Hôpital Henri Mondor à Créteil) et le professeur G VALLANCIEN (Pr V., Institut Montsouris à Paris) ont ensuite présenté leurs expériences respectives en terme de métastase sur les orifices de trocarts (MOT), de récidive locale (RL) et de résultat carcinologique (RC) selon les diverses pathologies néoplasiques traitées. Une discussion générale a ensuite terminé la séance.

1. PATHOLOGIE PAR PATHOLOGIE, LES DONNÉES CLINIQUES RAPPORTÉES SONT LES SUIVANTES :

NEPHRECTOMIES ELARGIES

MOT : 3 cas dans la littérature (2 pT1N0M0, 1 pT3, à chaque fois morcellation dans un sac). Aucun cas dans les 3 centres français.

RL : 1 cas (Dr H.) avec métastase hépatique à 9 mois pour un cancer pT2G3 marges négatives.

1 cas (Pr V.) de greffe tumorale sur l'incision d'extraction du rein.

Dans la littérature en totalisant les plus grandes séries, ce risque de RL serait de 1,8%, les cas publiés ayant souvent fait appel à la morcellation.

CHIRURGIE CONSERVATRICE POUR TUMEUR DU REIN

Seule l'équipe du Dr H. a présenté son expérience. Sur 20 cas opérés avec un suivi de 36,3 mois, aucune MOT ni RL. La survie à 3 ans est de 100%.

NEPHROURETERECTOMIE

Dans la littérature, 1 cas de MOT décrit ainsi que des récidives locales plus nombreuses mais avec des différences non significatives sur les séries comparatives.

Dr P.: pas de MOT mais 1 carcinomatose périonéale

Dr H.: Pas de MOT mais 2 cas de récidives locales après 1 pT3G3 et 1 cas d'atypie cellulaire.

CURAGE PELVIEN POUR CANCER DE LA PROSTATE

Dans la littérature: 1 cas de MOT pour un malade N+.

CURAGE PELVEN POUR CANCER DE LA VESSIE

Dans la littérature: 3 cas de MOT dont 2 chez des patients N+. Les extractions de ganglions étaient non protégées.

Selon le Dr H., 4% de MOT concernant des cas de cancers non connus avant l'intervention ou des erreurs (pyéloplastie pour tumeur méconnue).

CURAGE LOMBO-AORTIQUE

Aucune donnée rapportée.

SURRENALECTOMIE

Dans la littérature, 1 cas de récidive péritonéale après corticosurrénalome

PROSTATECTOMIE.

Dans la littérature, pas de MOT ni de RL.

Selon le Dr P., plus de 1000 cas en France sans MOT ni RL avec 3 ans de recul.

Pour le Dr H., la survie sans progression biologique est identique à celle observée après prostatectomie classique. Les taux de marges positives en fonction du stade pathologique sont pour les centres de Créteil et de Montsouris: (voir tableaux)

CYSTOPROSTATECTOMIE

En cours d'évaluation mais probablement les mêmes risques que pour les tumeurs de la voie excrétrice supérieure.

2. SUR LE PLAN EXPÉRIMENTAL LE DR D. A RAPPELÉ LES FACTEURS POUVANT JOUER UN RÔLE DANS LES MOT ET LES RL. CE SONT:

- l'aérolisation des cellules tumorales: rôle démontré
- l'influence du CO_2 sur les cellules tumorales: rôle non démontré
- l'influence de la mise en place des trocarts: rôle démontré notamment lors de leur retrait si un flux d'air important circule par l'orifice de trocart : il faut exsuffler avant de retirer un trocart.
- la chaleur et l'humidité: rôle non démontré
- la technique chirurgicale: rôle démontré
- le traumatisme tumoral: rôle démontré qui rejoint celui de l'expérience chirurgicale
- la nature de la tumeur: rôle démontré notamment pour les tumeurs de la voie excrétrice urinaire.

3. POUR LIMITER LE RISQUE DE MOT ET DE RL, TOUS LES AUTEURS DE LA TABLE RONDE ONT INSISTÉ SUR LES PRÉCAUTIONS À RESPECTER:

- Bonne sélection des patients et des tumeurs: éviter les grosses tumeurs, celles qui envahissent la graisse, éviter les patients N+ et être très prudent avec les tumeurs de la voie excrétrice en évitant absolument l'ouverture de celle-ci.
- Passer dans un plan le plus à distance de la tumeur (plan de la néphrectomie élargie dans les tumeurs de la voie excrétrice supérieure).
- Etre un opérateur expérimenté (oui mais problème de la formation)
- Protection pariétale lors de l'extraction des pièces et du retrait des trocarts (éviter un flux d'air massif concentré sur une petite surface).
- Mettre systématiquement un clip sur l'uretère avant sa section lors d'une néphrectomie élargie pour le cas où il y aurait une tumeur méconnue ou associée de la voie excrétrice ■

	pT2a	pT2b	pT3a	pT3b
Créteil	4%	18,4%	39,3%	33%
Montsouris	3,6%	14%	33%	43,5%

Ces taux sont identiques à ceux de la chirurgie ouverte.

CONCLUSION

Il n'y a pas de preuve scientifique reposant sur une méthodologie correcte qui prouverait une augmentation des MOT ou des RL en relation directe avec la coelioscopie. Une bonne maîtrise technique est cependant requise mais cela est vrai pour toute la chirurgie cancérologique ou non. Malgré tout, les MOT ou les RL restent possibles après toute chirurgie coelioscopique ou non pour cancer en urologie.

COMITE D'ANDROLOGIE

N°4 Decembre 2001

Compte rendu réalisé par : B. Cuzin

TROUBLE S DE L'ÉJACULATION

• La physiologie de l'éjaculation a évolué dans ses concepts en raison des études anatomiques et radio-échographique. Il existe deux centres impliqués dans l'éjaculation : D12, L1, L2 excrétoire (responsable de la contraction des vésicules séminales et fermeture du col vésical) et S2, S3, S4 mécanique (responsable de l'information du gland). Il existe un couplage entre l'orgasme et l'éjaculation au niveau des centres médullaires. L'ancienne théorie considérait que la concentration des différentes parties du sperme dans l'uréthre prostatique ballonisé entre les deux sphincters contractés était responsable d'une hyperpression déclenchant le réflexe éjaculatoire Elle a été remise en question par deux équipes (G Vernet, J Hermabessière) : le réflexe éjaculatoire semble bien dû à l'élévation de la pression mais sans ballonisation de l'urèthre prostatique ; la composition du sperme définitif se fait après reliquéfaction du coagulum protéique et mélange des différentes parties.

• Différentes formes cliniques de désordres éjaculatoires sont répertoriées : hémospermie pyospermie éjaculation douloureuse, perturbations balistiques (éjaculation rétrograde, éjaculation sèche avec orgasme, anéjaculation sans orgasme, éjaculation baveuse), perturbations chronologiques (éjaculation prématurée, éjaculation retardée), autres perturbations (anéjaculation des hypogonadiques, modification du volume). L'hémospermie fera réaliser une spermoculture et un ECBU ainsi qu'une échographie transrectale, en première intention. Elle peut être liée le plus souvent à une pathologie bénigne (malformations du carrefour génital, calculoses des vésicules séminales, calcifications prostatiques), beaucoup plus rarement à une pathologie tumorale (prostate, vésicules séminales). L'éjaculation douloureuse (60 % des douleurs du coït) peut être pré-éjaculatoire (spasme prostatique, cause mécanique), per-éjaculatoire (cause organique ou infection chronique), post-éjaculatoire (origine psychogène).

• L'éjaculation sèche correspond à un défaut de fabrication s'il existe une intégrité neuro-musculaire ; elle peut être également iatrogène médicamenteuse.

• Au cours d'un traitement chirurgical, le système sympathique lombaire et pelvien peut être menacé, plus particulièrement au niveau de la chaîne sympathique lombaire, du plexus hypogastrique supérieur, du nerf hypogastrique et du plexus pelvien.

Après curage lombo-aortique avec les techniques de prevervation (Donohue) et repérage des nerfs par électrostimulation, l'éjaculation est préservée dans 84 à 100 % des cas.

La sympathectomie lombaire unilatérale ne provoque pas de trouble de l'éjaculation alors que la bilatérale entraîne dans 54 % une éjaculation rétrograde.

Après abord antérieur du rachis, la sexualité a été peu étudiée, mais il semble que 20 % d'éjaculation rétrograde soit rapportés après abord L5-S1.

En chirurgie aorto-iliaque, les anéjaculations sont fréquentes et parfois régressives, des précautions opératoires doivent permettrent de limiter les risques.

Après chirurgie du rectum, depuis les progrès réalisés, à la suite des travaux de Walsh, il est possible de préserver l'éjaculation dans 60 % des cas. Des éjaculations rétrogrades ont également été rapportées au cours des cures de prolapsus rectaux (Intervention de Orr-Loygues).

Les tractions sur table orthopédique avec appui périnéal peuvent être responsable d'anéjaculation par lésion du nerf honteux interne.

Les lésions des vésicules séminales par complication d'un abord des vésicules ou d'une chirurgie de voisinage peuvent aussi conduire à une anéjaculation ou dyséjaculation.

Enfin la chirurgie cervicoprostatique est responsable de taux d'éjaculation rétrograde variables selon la technique : adénomectomie par voie haute (75 %), résection endoscopique (24 à 93 %), techniques conservatrices (0 à 45%). De même chez l'enfant, l'éjaculation rétrograde peut être la séquelle d'une chirurgie de l'exstrophie vésicale ou d'une plastie Y/V du col.

• Dans un bilan de stérilité, le diagnostic d'éjaculation rétrograde est réalisé par le recueil de spermatozoïdes dans les urines et l'appréciation de leur qualité La prise en charge passe par l'arrêt des thérapeutiques à risque, par utilisation du sperme urinaire (auto conservation, insémination intra-utérine) par la correction de l'éjaculation rétrograde. La chirurgie est exceptionnelle. Les traitements médicaux n'ont pas d'AMM spécifique indication sauf pour le Gutron intraveineux. En pratique, on peut conseiller l'utilisation d'Imipramine (25 mg x 4) de Midodrine (15 mg par prise) du Sildénafil éventuellement associé à la Midodrine chez le paraplégique.

En cas d'échec, le prélèvement chirurgical du sperme peut être réalisé (déférentiel ou testiculaire. Dans l'anejaculation organique le bilan en fonction de l'étiologie. La prise en charge peut faire appel à différentes techniques (massage prostatique, Midodrine, vibreur, électro-éjaculation, cas échéant au prélèvement chirurgical du sperme : vésicules séminales, déférents ou testiculaire). L'anéjaculation psychogène pose le problème éthique de l'AMP. dans ce contexte et de la prise en charge optimale (I.I.U., autoconservation, prélèvement chirurgical ?)

En conclusion, la prévention des troubles de l'éjaculation passe par l'auto conservation du sperme, le respect des voies nerveuses de l'éjaculation, la diffusion aux autres disciplines des possibilités d'auto conservation et de préservation du sperme.